___ Hialeah ___ Hollywood

JOHN S. VIRGA, D.C., P.A

CONFIDENTIAL PATIENT CASE HISTORY

Today's Date _____

Name _____

Address _____ City _____ State ____ Zip _____

Phone (H) _____ (C) _____ (W) _____

Email _____ SS # _____

Date of Birth _____ Height _____ Weight _____ Sex _____

Marital Status M S W D No. of Children ____ Occupation _____

Employer Name _____

Employer Address _____

_____

If your condition is due to an auto accident please check what type
Auto ___ Employment ___ Home ____ Other ___

Date of Accident _____ Place of Accident _____

Name of Auto Ins _____ Policy # _____

HEALTH INSURANCE INFORMATION:

Name of Health Ins Co: _____ Group Policy # _____

Medicare # _____ Medicaid # _____

Are you or your dependent covered under any other Insurance Plan? Yes _____ No ____

Name of Insured: _____ Insurance Co Name: _____

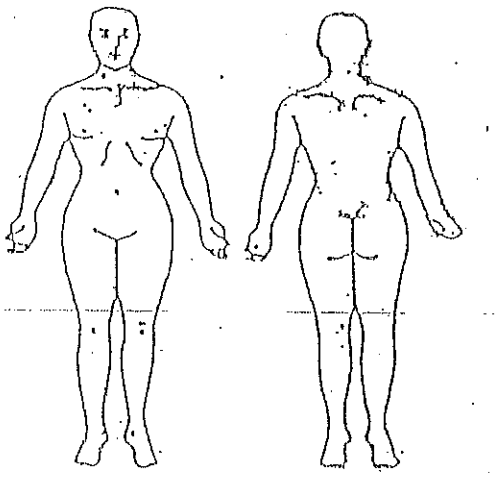
I UNDERSTAND THAT IF DETERMINED ADDITIONAL TREATMENT WILL BE NECESSARY, ALL TREATMENT, X-RAYS AND EXAMINATIONS ARE TO BE PAID AS THEY ARE RECEIVED OR DEFINITE FINANCIAL ARRANGEMENTS MADE IN ADVANCE.

Patient Signature: _____

All x-rays taken at this office become a permanent part of our records and as such will not be released.

Date of last physical examination: _____

Please mark the areas where you are
Feeling pain on the figure below:



Have you ever suffered from?

1. Dizziness	Yes	No
2. Backaches	Yes	No
3. Heart Trouble	Yes	No
4. Diabetes	Yes	No
5. Arthritis	Yes	No
6. Headaches	Yes	No
7. Asthma	Yes	No
8. Neuritis	Yes	No
9. Digestive Disorders	Yes	No
10. Nervousness	Yes	No
11. Sinus Trouble	Yes	No
12. Neck Pain	Yes	No

Health Information:

Have you had previous Chiropractic Care? _____

What is your major complaint? _____

Other Complaints: _____

How long have you had this condition? _____

Is this condition getting progressively worse? Yes _____ No _____

Is the pain constant or comes and goes? _____

Is this condition interfering with you're: work ___ sleep ___ daily routine___ other ____

How long has it been since you really felt good? _____

Name of other doctors who treated this condition: _____

ACCIDENT INFORMATION AND DETAIL FORM

Name: _____ Date of Accident: _____

Approximate time of accident _____ (AM PM)

Were you the driver or a passenger in the automobile?

Describe how the accident happened: _____

Were you taken to the hospital? _____ If yes, which hospital? _____

Have you received any treatment or x-rays prior to our office? _____ If yes where? _____

Were you released or hospitalized? _____ Did you receive any supports? _____

If yes what did you receive? _____

Have you ever had any previous accidents or illnesses? _____

If yes, when and where? _____

Was there any problem in the areas of complaint before the accident? _____

If yes where? _____

Is there anything else that we should know about your health? _____

If auto accident, were you wearing a seat belt? Yes No

Was a citation given to anyone? Yes No If Yes who? _____

Have you retained an attorney? Yes No

If yes, state name, address and phone number:

Attorney Name: _____ Phone No: _____

Address: _____

JOHN S. VIRGA, D.C., P.A.

Fecha: _____

HISTORIA MEDICA CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Seguro Social # _____

Direccion: _____

Telefono: (___)_____ Celular (___)_____

Correo Electronico: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: M S W D Numero de Hijos: _____

Ocupacion: _____ Telefono de empleo: (__) _____

Nombre de Empleo _____

Direccion de Empleo: _____

Si su condicion es debida a un accidente, por favor marque el tipo:

Automobilistico _____ Empleo _____ Casa _____ Otro _____

Fecha del accidente: _____ Direccion de el accidente: _____

Nombre de su seguro de carro _____ # de poliza _____

Informacion del seguro medico:

Nombre: _____ # de Poliza _____

del Medicare: _____ # del Medicaid: _____

Esta usted o su dependiente cubierto bajo otro plan de seguro? Si __ No __

Nombre del asegurado:_____ Nombre del seguro: _____

del poliza _____ #del agrupacion _____

YO ENTIENDO QUE TODOS LOS TRATAMIENTOS, PLACAS Y EXAMENES TENDRAN QUE SER PAGADOS EN EL MOMENTO DE SERVICIO O OTRO ARREGLO POR ADELANTADO.

Firma del paciente: _____

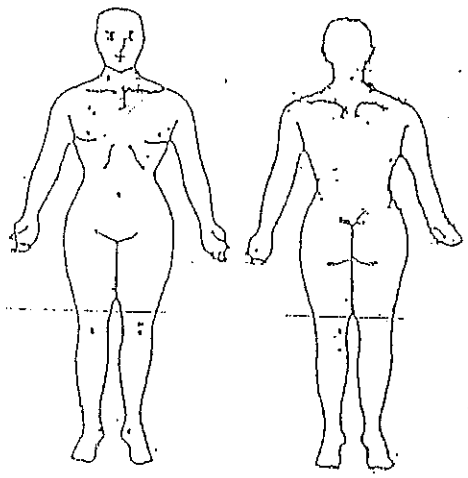
TODAS LAS PLACAS TOMADAS EN ESTA OFICINA SON PARTE PERMANENTE DE NUESTRO ARCHIVOS Y NO SERAN ENTREVGADAS.

Fecha del ultimo examen fisico: _____

Favor marcar las areas de su dolor en las figuras:

Usted ha sufrido de:

1.	Mareos	Si	No
2.	Dolor del espalda	Si	No
3.	Problema del corazon	Si	No
4.	Diabetes	Si	No
5.	Arthritis	Si	No
6.	Dolor de Cabeza	Si	No
7.	Asma	Si	No
8.	Neuritis Rinones	Si	No
9.	Problemas Digestivos	Si	No
10.	Nervioso	Si	No
11.	Sinositis	Si	No
12.	Dolor de cuello	Si	No



Informacion de salud:

Ha tenido cuidado quiropractico? _____

Cual es su problema ahora? _____

Otros problemas: _____

Cuanto tiempo ha tenido este problema? _____

Ha tenido esto simtomas en el pasado? _____

Cuales actividades agravan su condicion? _____

Su condicion esta empeorando? Si ____ No ____

Su Dolores son? Constante _____ va y viene _____

Le interfieren con su: Trabajo _____ Dormir _____ Rutina Diaria _____

Cuanto tiempo hace que usted no se siente bien? _____

Nombre de doctores que lo han atendido por esta condicion?_____

Informacion De Accidente

Nombre: _____

Fecha Del Accidente: ____/____/____

Hora Que Paso El Accidente: _____:_____ AM / PM

Usted Era El Chofer or Pasajero? Si / No

Como Paso el Accidente: _____

_____

_____

_____

Usted Fue al Hospital? Si / No

Nombre de el Hospital: _____

Usted Fue Hospitalizado? Si / No

Adone Sientes Dolor? _____

_____

_____

Antes de este accidente, usted sentia dolor en las arias que le duelen ahora? Si / No

Usted ha recibido tratamiento, o le han tomado placas por este accidente? Si / No

Usted ha tenido algun accidente o enfermedad antes de este accidente? Si / No

Hay qualquier otra informacion que nosotros necesitamos saber sobre su salud?

_____

_____

_____

Si su accidente fue de auto, usted tenia su cinturon puesto? Si / No

A quien le dieron el ticket? _____

Usted tiene abogado? Si / No

Nombre de su Abogado: _____